Die Validierung des FKB-20 als Instrument zur Erfassung von Körperbildstörungen bei psychosomatischen Patienten

Ulrich Clement; Bernd Löwe
Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg

Zusammenfassung: An drei Stichproben von 405 Patienten/-innen einer psychosomatischen Ambulanz und zwei Kontrollgruppen von 141 Medizinstudierenden und 208 Sportstudierenden wird die Kriteriumsvalidität des Fragenbogens zum Körperbild FKB-20 zur Erfassung von Körperbildstörungen überprüft. Als Kriteriumsgruppe waren 98 Patienten/-innen mit diagnostizierten Körperbildstörungen definiert (Anorexia nervosa, Transsexualismus, hypochondrische Symptomatik). Für die Gesamtgruppe ergaben sich Kriteriumsvaliditäten von 0,56 – 0,65. Die Sensivität des Fragebogens lag bei 82 – 90%, die Spezifität bei 90 – 97% und die Fehlerrate bei 8 – 10%. Danach weist der FKB-20 eine gute Kriteriumsvalidität auf und ist für die Diagnose von Körperbildstörungen geeignet.

The Validation of the FKB-20: An Instrument to Assess Body Image Disturbances in Psychosomatic Patients: The study examines the validity of a body image questionnaire (FKB-20) assessing body image disturbances in a clinical sample (n = 405 outpatients of a psychosomatic clinic) and two non-clinical samples (n = 141 medical students and n = 208 sports students). The criterion group was constituted by 98 patients of the clinical sample with diagnosed body image disturbances (anorexia, transsexualism, hypochondric symptoms). The validity coefficients were 0.56 – 0.65. The sensitivity of the questionnaire was 82 – 90%, the specifity 90 – 97%, and the total mistake rate was 8 – 10%. The FKB-20 proves to have good validity and can be used for the diagnosis of body image disturbances.

Key words: Body image – Body image disturbances – Validation

Problemstellung

Obwohl Störungen des Körperbildes im Mittelpunkt verschiedener psychosomatischer Krankheiten stehen, ist die Theorie des Körpererlebens in der psychosomatischen Theorie nicht sehr weit entwickelt (Brähler 1986). Jüngere Arbeiten über den „Körper als Objekt" (Hirsch 1989) oder über die „subjektive Anatomie" (v. Uexküll, Fuchs, Müller-Braunschweig u. Johnen 1994) greifen zum Teil alte Gedanken in neu inspirierter Form auf, schaffen aber auch keine neue Ordnung in der Vielfalt theoretischer Einzelansätze. Es gibt heute keine dominierende Theorie des Körpers in der Psychosomatik, nicht einmal eine halbwegs übersichtliche Gruppierung konkurrierender Schulen. Obwohl die vorliegende Arbeit kein theoretisches Anliegen verfolgt, muß diese durch Vorläufigkeit und Partikularisierung gekennzeichnete theoretische Situation zumindest benannt werden. Sie erschwert es, gut begründete theoriegeleitete Methodenentwicklung zu treiben.

Auch auf der begrifflichen Ebene begrifflicher Konzepte findet sich keine größere Klarheit. Der Vielfalt von Begriffen entspricht keineswegs eine nachvollziehbare konzeptionelle Differenzierung. So läßt beispielsweise Shontz (1969, 1990) mit seiner expliziten Unterscheidung zwischen "Body Schemata", "Body Self", "Body Fantasy", "Body Concept" und "Body Image" eine Begriffsvielfalt wuchern, die sich nur schwer nachvollziehen läßt. Auch die deutschsprachigen Termini „Körperschema" und „Körperbild", die Kiener (1973, 1974) und Wiedemann (1985) von dem psychoanalytischen „Körper-Ich" abgrenzen, sind nicht trennscharf auseinanderzuhalten. Die begriffliche Vielfalt spiegelt also eher eine theoretisch-konzeptionelle Unklarheit als eine echte Differenzierung.

Trennschärfer sind Definitionen, die methodisch hergeleitet sind. Es lassen sich hier drei Operationalisierungsmethoden auseinanderhalten, nämlich (a) apparative Methoden, die die perzeptiven Aspekte des Körperbildes (Größenschätzungen des ganzen Körpers, einzelner Körperteile und Körperproportionen) erfassen, (b) projektive Verfahren (Rorschach-Tafeln, Holzman-Inkblot-Test), die die Festigkeit von Körperbildgrenzen diagnostizieren, und (c) Fragebogen-Verfahren, die auf affektive Einstellungen und kognitive Bewertungen des eigenen Körpers abzielen. Auch wenn diese Operationalisierungen nicht als theoretisch-konzeptionelle Beiträge zu bewerten sind, schaffen sie doch zumindest begriffspragmatische Klarheit.

Da wir uns in der vorliegenden Studie auf ein Fragebogen-Instrument beziehen, das nicht nur in der Forschung, sondern auch in der klinischen Diagnostik Anwendung finden kann, wollen wir wenigstens stichwortartig auf ein Pro-blem dieser Anwendung eingehen. Von theoretischer wie klinischer Seite wird gegen die Verwendung von Fragebogenverfahren für die Messung des Körpererlebens gern eingewandt, sie seien unangemessen, weil das Körpererleben ein primär nonverbales Empfinden sei, dessen wesentliche Aspekte über verbale Instrumente nicht abbildbar seien. Klinische Praktiker weisen auf den hohen klinisch-therapeutischen und verlaufsdiagnostischen Nutzen von Körperverfahren wie etwa der Konzen-

PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol. 46 (1996) 254 – 259
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Eingegangen: 17. 7. 95 Angenommen: 17. 8. 95

rung für die geringen korrelativen Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und Risikoverhalten ergibt sich aus der problematischen Meßbarkeit von Kontrollüberzeugungen. Der in unserer Studie eingesetzte Fragebogen mit seinen drei postulierten Dimensionen internal, sozial external und fatalistisch external erwies sich als Instrument mit unzureichender Skalengüte. Bei der von uns durchgeführten Faktorenanalyse mit Varimaxrotation (Kriterium: Eigenwert > 1) ermittelten wir insgesamt 6 Faktoren mit einer Varianzaufklärung von 64 %. Es lassen sich demnach einzelne Subskalen bilden, welche inhaltlich unterschiedlich Dimensionen abbilden (vgl. Härter 1994). Dieses Ergebnis bestätigt die Befunde von Marshall (1991), der nach einer Faktorenanalyse der Internalitätsskala des Fragebogens von Wallston et al. (1978) vier unterschiedliche Dimensionen extrahieren konnte (vgl. auch Umlauf u. Frank 1986). Ein Grund für die geringen korrelativen Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und Risikoverhalten kann hiermit auch in der Formulierung der Einzelskalen liegen. Dies bietet gleichzeitig auch eine Erklärung für die widersprüchlichen Befunde aus der Literatur. Je spezifischer der Fragebogen formuliert ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, Zusammenhänge zu finden (vgl. Lohaus, Gaidatzi u. Hagenbock 1988). Umgekehrtes scheint für unsere Arbeit zu gelten: Gesundheitliches Risikoverhalten kann nicht durch allgemeine Kontrollüberzeugungen zur Gesundheit und Krankheit vorhergesagt werden. Um Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten bzw. gesundheitlichem Risikoverhalten zu untersuchen, sollte sowohl das Verhalten als auch die gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen möglichst bereichsspezifisch erfaßt werden. Allgemeine Skalen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit sind hierfür wenig geeignet.

Literatur

Epstein, F. H. (1978): Risikofaktor, Risikoindikator und Pathogenese. Medizinische Klinik 73, 381–387

Ferring, D., Filipp, S.-H. (1989): Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK). Zeitschrift für Klinische Psychologie 18, 285–289

Härter, M. (1994): Graduierung von Schmerzen und Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Peter Lang, Frankfurt

Härter, M., Koch, U. (1993): Entwicklung eines Modellprojekts zur Gesundheitsberatung bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung 5, 67–74

Härter, M., Barth, J., Friderich, Ch., Koch, U. (1994): Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung bei rheumatischen Erkrankungen. Unveröffentlichter Abschlußbericht des Modellprojekts Gesundheitsberatung von Personen mit Beschwerden und Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Psychologisches Institut, Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Universität Freiburg

Lau, R. R. (1988): Beliefs about control and health behavior. In: *Gochman, D. S.* (ed.): Health behavior. Emerging Research Perspectives (pp. 43–63). Plenum Press, New York, London

Levenson, H. (1972): Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. In: Proceedings of the 80th Annual Convention of APA (1972), 261–262

Levenson, H. (1974): Activism and powerful others: Distinctions within the concepts of internal-external control. Journal of Personality Assessment 38, 377–383

Lohaus, A. (1992): Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie 21, 76–87

Lohaus, A., Schmitt, G. M. (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zur Krankheit und Gesundheit (KKG). Hogrefe, Göttingen

Lohaus, A., Gaidatzi, Ch., Hagenbrock, M. (1988): Kontrollüberzeugungen und AIDS-Prophylaxe. Zeitschrift für Klinische Psychologie 17, 106–118

Marshall, G. N. (1991): A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff. Journal of Personality and Social Psychology 61, 483–491

Muthy, F. A., Tausch, B. (1994): Adaption der Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) für den deutschen Sprachraum. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 15, 3–15

Robra, B.-P. (1978): Was ist ein Risikofaktor? Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkasse (Hrsg.): Gesundheitspolitisch relevante Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Wido-Materialen Bd. 7) Wido, Bonn 77–96

Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal vs. external control of renforcements. Psychological Monographs 80, 1–28

Schwarzer, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen

Umlauf, R. L., Frank, R. (1986): Multidimensional health locus of control in a rehabilitation setting. Journal of Clinical Psychology 42, 126–128

Volle, B., Wiedebusch, S., Lohaus, A. (1990): Psychologische Korrelate der Selbsthilfegruppenzugehörigkeit bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 40, 230–237

Wallston, K. A. (1992): Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. Cognitive Therapy and Research 16, 183–199

Wallston, K. A., Wallston, B. S. (1982): Who is responsible for you health? The construct of health locus of control. In: Sanders, G., Suls, J. (eds.): Social Psychology of health an illness (pp. 65–95). Hillsdale: Lawrence Erlbaum

Wallston, K. A., Maides, S. A., Wallston, B. S. (1976): Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. Journal of Research in Personality 10, 215–222

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., Maides, S. A. (1976): Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology 44, 580–585

Wurtele, S. K., Britcher, J. C., Saslawsky, D. A. (1985): Relationship between locus of control,health value, and preventive health behavior among women. Journal of research in Personality 19, 271–278

Dipl.-Psych. Jürgen Barth

Universität Freiburg
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
Belfortstraße 16
79085 Freiburg

Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Psychiatrische Universitätsklinik
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Poliklinik
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

trativen Bewegungstherapie hin, in der Patienten verschiedene Aspekte ihrer Körperlichkeit zum Ausdruck bringen, etwa ihre Bewegungsdynamik, ihre Tendenz, Raum einzunehmen, den Ablauf von Spannung und Entspannung, die Berührung oder Vermeidung von Berührung anderer Patienten usw., Aspekte also, die sich von den Patienten verbal nur schwer ausdrücken lassen. Dieser Einwand ist nicht unberechtigt. Er übersieht aber das methodische Problem, das sich stellt, wenn kasuistisch-idiographische Evidenz, die sich aus solchen Verfahren ableiten läßt und die für die Einschätzung psychotherapeutischer Prozesse unerläßlich ist, auf die Validität nomothetischer Meßinstrumente übertragen wird. Die methodisch systematische Erfassung solcher nonverbaler Aspekte der Körperlichkeit halten wir m.a.W. für ein unbedingtes Forschungsdesiderat, dessen Einlösung aber noch in weiter Zukunft ist. Der Bezug auf verbalisierbare Aspekte des Körpererlebens soll dagegen verteidigt werden. Auch wenn verbale Berichte über das Körpererleben nicht alle Aspekte abdecken, haben sie doch den Vorteil einer gegenüber der „Körpersprache" deutlich größeren Intersubjektivität. Auch sollte nicht unterschätzt werden, daß es sich beim Körpererleben keineswegs nur um vorsprachliche Befindlichkeit handelt, sondern daß es kulturell und damit sprachlich vermittelt ist. Wir halten es also für ausreichend begründet, davon auszugehen, daß sich das Körperbild als Aspekt des Selbstkonzepts zum großen Teil sprachlich ausdrücken und verstehen läßt.

Angesichts der beschriebenen konzeptionellen Vielfalt sei unsere eigene Begrifflichkeit hier kurz umrissen. Wir verwenden die Begiffe Körperbild, Körpererleben und Körperkonzept synonym. Sie beziehen sich auf die kognitiven, affektiven und bewertenden Aspekte des körperlichen Selbstkonzeptes. Diese Wahrnehmungen, Kognitionen, Affekte und Bewertungen bilden in ihrer Gesamtheit das Körperbild. Das Körperbild ist als relativ zeitstabil, aber nicht als grundsätzlich unveränderbar anzusehen.

Unter klinischer Perspektive steht, besonders bei Patienten mit psychosomatischen oder Somatisierungsstörungen, das gestörte Körpererleben als Leitsymptom im Vordergrund. Besonders offensichtlich sind diese Körperbildstörungen bei Eßstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas), der Hypochondrie und der Transsexualität. Auch wenn wir uns in der vorliegenden Arbeit auf die expliziten Körperbildstörungen begenzen, wollen wir doch darauf hinweisen, daß Störungen des körperlichen Empfindens auch bei depressiven, sexuellen und Angststörungen eine große Rolle spielen, also bei Störungen, die nicht durch Körperbildstörungen definiert sind, wohl aber durch Beeinträchtigungen des auch körperlich erlebten Selbstkonzepts.

Methodisch stellen wir uns die Frage, wie Körperbildstörungen valide zu erfassen sind. Die vorgeordneten methodischen Fragen der Reliabilität und Faktorenstruktur und die praktische Frage der Ökonomie und klinischen Anwendbarkeit haben wir an anderer Stelle bereits ausführlich erörtert (Löwe 1994 a, b, Löwe u. Clement 1994).

Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Körpers

Im angelsächsischen Sprachraum liegt eine Vielzahl von Fragebogen zur Quantifizierung des Körperbildes vor, die hier nicht im einzelnen referiert zu werden brauchen. In ihrer umfangreichen Übersichtsarbeit der englischsprachigen Fragebogen empfehlen Thompson, Penner u. Altabe (1990) vor allen anderen Instrumenten das "Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)" von Cash (1990) vor allem aufgrund seiner guten Validierung und weil es sowohl affektive als auch kognitive und behaviorale Aspekte des Körperbildes einschließt. Unter zwei Gesichtspunkten ist das MBSRQ besonders interessant. Erstens liegen Daten einer repräsentativen Studie der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung vor (Cash, Winstead and Canda 1986) die u.a. im Rahmen der zweiten nationalen Untersuchung zum Körperbild der amerikanischen Bevölkerung angewandt wurden. Zweitens hat dieser Fragebogen eine gute konzeptionelle Brauchbarkeit. Seine erste Hauptdimension („Evaluation") entspricht genau der des semantischen Raumes (Osgood 1976, Osgood, Suci u. Tannenbaum 1971), seine zweite Dimension ("Orientation" mit kognitiven Elementen der Aufmerksamkeit, vor allem aber mit behavioralen der Aktivität) weitgehend seiner dritten Dimension (activity).

Während im deutschen Sprachraum ein ganzes Inventar von Fragebogen zur Erfassung körperlicher Beschwerden vorliegt, sind Fragebogen rar, die auf das Körperbild als Ganzes abzielen, also auf das körperliche Selbstkonzept in unserem Sinne. Der derzeit gebräuchlichste Fragebogen ist der „Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers" von Strauß u. Appelt (1983, 1986, Strauß 1991). Die 52 Items bilden drei faktorenanalytisch gewonnene Skalen, „Unsicherheit/Mißempfinden" „Attraktivität/Selbstvertrauen" und „Akzentuierung des Körpers/Sensibilität". Die Skalen haben gute interne Konsistenzen (0,74–0,82). Als Validitätsindikatoren lassen sich signifikante Unterschiede zwischen der gesunden Kontrollgruppe und klinischen Gruppen mit körperbezogenen Störungen (Anorexia nervosa, sexuelle Funktionsstörungen, Adipositas und Hirsutismus) zeigen, auch wenn die Validierungsergebnisse insofern etwas lückenhaft bleiben, als diese Unterschiede vorwiegend auf der ersten Skala (Unsicherheit/Mißempfinden) zu finden sind. Die u.E. größte Schwierigkeit dieses Fragebogens liegt in seiner konzeptionellen Unklarheit, die es schwermacht, die drei Skalen psychologisch auseinanderzuhalten. Die ersten beiden Skalen lassen sowohl auf der Ebene der Skalenbenennung wie der Itemebene inhaltlich nur eine Dimension erkennen, die sich zwischen einem unsicher-gehemmten und einem selbstbewußten-positiven Pol erstreckt. Eine allein methodisch begründete Differenzierung der beiden Pole auf getrennten Skalen reicht aber für die eine klinisch oder theoretisch bedeutsame Interpretation nicht aus. Unklar ist der psychologische Inhalt der dritten Skala, deren Titel „Akzentuierung des Körpers/Sensibilität" wenig inhaltliche Evidenz hergibt. Auch auf Itemebene zeigt sich mehr inhaltliche Inkonsistenz, als es die relativ gute interne Konsistenz von 0,74 vermuten läßt. Diese Interpretationsschwierigkeiten tauchen in verschiedenen Studien wieder auf, die den Fragebogen verwendet haben.

Der FKB-20

Der Mangel an konzeptionell überzeugenden und validen Instrumenten im deutschsprachigen Raum war das Motiv für die Entwicklung des Fragebogens zum Körperbild FKB-20 (Clement u. Löwe 1995, Löwe 1994 a, Löwe u. Clement 1994). Der FBK-20 dient zur Erfassung der kognitiv-affektiven Bewertung des eigenen Körpers. Er mißt das Körperbild in zwei weitge-

Tab. 1 Charakteristika der Stichproben.

	Patienten-gruppe (n = 405)	Medizin-studierende (n = 141)	Sport-studierende (n = 208)
Alter			
M	32,6[a]	23,9[a]	24,6[a]
SD	10,9	3,3	2,6
range	14–71	20–37	19–33
Geschlecht			
weiblich	62,5 %	39,7 %	41,8 %
männlich	37,5 %	60,3 %	58,2 %
Schulbildung			
Abitur	31,0 %	100,0 %	100,0 %
Mittlere Reife	25,7 %	0,0 %	0,0 %
Hauptschule	29,8 %	0,0 %	0,0 %
ohne Abschluß	2,1 %	0,0 %	0,0 %
sonstiges	11,4 %	0,0 %	0,0 %

[a] Die Frauen und die Männer der Stichprobe unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Alters (Tukey's studentized range test).

Tab. 2 Diagnose- und Symptomgruppen.

	Geschlecht	n	Alter M	SD	range
Diagnosegruppen nach ICD-10[a]					
Anorexia nervosa (F50.0, F50.1)	F	27	26,3	8,2	14–19
	M	4	21,5	0,6	21–22
Transsexualismus (F64.0)	F	20	25,6	5,0	17–36
	M	9	25,6	4,4	18–35
Bulimia nervosa (F50.2, F50.3)	F	22	24,6	5,3	19–38
	M	1	18,0	*	18–18
somatoforme Störungen (F45)	F	23	35,3	10,9	18–58
	M	21	37,6	12,5	22–64
Persönlichkeits-störungen (F60)	F	0	33,3	10,6	25–54
	M	14	32,9	6,0	23–45
organische Störungen (F46[b], F47[b], F54)	F	16	30,3	8,7	19–49
	M	4	26,8	5,0	23–34
reaktive und Anpas-sungsstörungen (F43)	F	11	29,8	8,0	20–49
	M	6	31,8	10,8	21–49
Phobien und Angst-störungen (F40, F41)	F	37	34,4	13,4	17–71
	M	7	25,6	3,8	20–31
depressive Störungen (F32, F33)	F	27	36,1	11,5	18–64
	M	18	35,1	11,3	19–55
sonstige Störungen und Mehrfachdiagnosen	F	64	34,1	11,1	19–66
	M	68	36,7	10,9	19–65
Symptomgruppen nach PSKB[a]					
hypochondrische Symptomatik	F	17	36,3	13,6	21–71
	M	23	37,1	11,0	20–61
sexuelle Symptomatik	F	21	30,0	3,9	23–36
	M	12	34,1	8,4	23–48
andere Symptomatik	F	215	31,5	11,1	14–71
	M	117	33,5	11,0	18–65

[a] Die Stichproben unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Alters (Varianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell: $p < 0{,}001$).
[b] F46 und F47 sind Diagnosen der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg und stehen für körperliche Störungen mit Organläsionen.

hend voneinander unabhängigen Skalen, deren Faktorenstruktur sich in verschiedenen Stichproben als eindeutig replizierbar erwiesen hat: Die Skala AKB (ablehnende Körperbewertung) beschreibt ein negatives Verhältnis zur äußeren Erscheinung und ein Gefühl fehlender Stimmigkeit des eigenen Körpers und mangelnden Wohlbefindens im eigenen Körper. (Beispiel-Items: „Auf Fotos gefalle ich mit nicht" „Meine körperlichen Mängel stören mich schon sehr.") Diese Skala entspricht inhaltlich gut der ersten Dimension („Evaluation") des semantischen Raumes (Osgood 1976, Osgood et al. 1971). Die Skala VKD (vitale Körperdynamik) beinhaltet Gefühle von Kraft und Gesundheit sowie das Interesse an körperintensiven Aktivitäten wie Sexualität und Tanzen. (Beispiel-Items: „Ich habe genügend kraftvolle Spannung in mir." „Ausgelassen zu tanzen macht mir großen Spaß.") Sie thematisiert die zweite und dritte Dimension des semantischen Raumes, nämlich "Potency" und "Activity". Beide Skalen sind inhaltlich und empirisch weitgehend unabhängig voneinander. Jede dieser beiden Skalen besteht aus 10 Items. Der FKB-20 ist mit seinen 20 Items also ein kurzes und leicht handhabbares Instrument.

Die vorliegenden Arbeit überprüft die Kriteriumsvalidität des FKB-20 als klinisches Instrument zur Diagnose von Körperbildstörungen.

Stichprobe und Methode

Stichprobe

Für die Validitätsbestimmung stehen drei Stichproben zur Verfügung.

- Stichprobe A umfaßt n = 405 Patientinnen und Patienten aus der Ambulanz der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg. In diese Stichprobe wurden auch 12 zusätzliche transsexuelle Patienten/-innen einbezogen, deren Daten im Rahmen einer anderen Untersuchung erhoben wurden. Aufgrund von Verweigerungen und Organisationsmängeln konnten während der Erhebungszeit nicht alle Patienten befragt werden. Ein Vergleich mit der Ambulanz-Basisdokumentation zeigt aber, daß die Ausfälle zufällig sind, m.a.W. entspricht die Stichprobe hinsichtlich aller soziodemographischen Variablen und hinsichtlich der Diagnosen dem Ambulanzkollektiv. Knapp zwei Drittel (62,5%) dieser Stichprobe sind Frauen, ein Drittel (37,5%) Männer. Der Altersdurchschnitt liegt bei 33 Jahren. Die Schulbildung der Patienten entspricht ungefähr dem der Allgemeinbevölkerung dieser Altergruppe. Tab. **1** zeigt die sozioökonomischen Variablen, Tab. **2** die Diagnose- bzw. Symptomgruppen.
- Stichprobe B, die erste nichtsymptomatische Kontrollgruppe, besteht aus 141 Medizinstudierenden, die in Hamburg oder Heidelberg im Rahmen eines Pflichtkurses befragt wurden (40% Frauen, 60% Männer; Durchschnittsalter 23,9 Jahre). Sie wurden nicht auf Störungen des Körpererlebens oder ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit untersucht. Aufgrund ihrer Anwesenheit im Kurs konnte aber angenommen werden, daß sie im Arbeitsalltag des Studiums „funktionsfähig" waren. Auch wenn diese Annahme in Einzelfällen unzutreffend sein mag, läßt sie sich doch auf Gruppenebene rechtfertigen.
- Stichprobe C, die zweite Kontrollgruppe, besteht aus n = 208 Heidelberger Sportstudierenden, 42% weiblich, 58%

männlich, mit einem Durchschnittsalter von 24,6 Jahren. Für sie gilt dieselbe Annahme wie für Stichprobe B. Diese Gruppe ist konzeptionell besonders interessant, weil bei ihr aufgrund des Sportstudiums ein besonders bewußter und besonders positiver Bezug zum eigenen Körpererleben angenommen werden kann.

Die Stichproben B und C sind weitgehend alters- und ganz bildungshomogen. Ihre Alters- und Geschlechtsverteilung ist aus Tab. **1** zu ersehen.

Meßinstrumente

Neben dem zu validierenden FBK-20 wurden bei der Stichprobe A ausgewählte Daten der Basisdokumentation der Psychosomatischen Klinik Heidelberg verwendet. Diese Dokumentation umfaßt einen Patientenbogen und einen Therapeutenbogen. Aus dem Patientenbogen, den die Patienten vor dem ersten Gespräch ausfüllen, wurden nur die soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Schulbildung) verwendet. Aus dem umfangreichen Therapeutenbogen, der von den behandelnden Ärzten/-innen oder Psychologen/-innen nach Abschluß der Diagnostik durchgearbeitet wird, werden die klinischen Diagnosen (nach ICD-10), die Angaben zur psychischen, sozialen und körperlichen Symptomatik (PSKB-Fremdeinschätzung, *Rudolf* 1979) sowie Ratings zur beruflichen Stellung und wirtschaftlichen Sicherung der Patienten/-innen verwendet.

Von den beiden Kontrollgruppen liegen außer Alter und Geschlecht keine zusätzlichen Daten vor.

Ergebnisse

Kriteriumsvalidität

Für die Validitätsbestimmung des FKB-20 als Instrument für die Diagnose von Körperbildstörungen wird zunächst eine Kriteriumsgruppe definiert. Dieser wurden die Patienten zugeordnet, für die die Diagnose einer Anorexia nervosa oder eines Transsexualismus nach ICD-10 gestellt wurde oder bei denen nach der PSKB-Fremdeinschätzung eine hypochondrische Symptomatik vorlag. Dies traf für 98 Patienten/-innen zu (29 Anorektiker/-innen, 29 Transsexuelle, 38 mit hypochondrischer Symptomatik, 2 Anorektikerinnen mit hypochondrischer Symptomatik). Als Kontrollgruppen, für die ein ungestörtes Körperbild angenommen wurde, dienten die beiden Stichproben B (Kontrollgruppe 1) und C (Kontrollgruppe 2) der Medizin- und Sportstudierenden. Als Validitätskoeffizienten wurden die punkt-biserialen Korrelationskoeffizienten zwischen Gruppenzugehörigkeit und den beiden Skalensummenwerten berechnet (Tab. **3**).

Tab. **3** zeigt zunächst, daß der Bezug auf die beiden Kontrollgruppen zu weitgehend übereinstimmenden Ergebnissen führt. Werden die Variablen „Alter" und „Geschlecht" aus den Korrelationen herauspartialisiert, zeigt sich folgendes Bild: Beim Transsexualismus ergeben sich sehr hohe Validitäten von 0,70–0,71 für die Skala AKB, erheblich geringere für die Skala VKD (–0,26/–0,34). Das umgekehrte Bild zeigt sich bei der der hypochondrischen Symptomatik. Hier haben die Validitätskoeffizienten für die Körperbewertung (Skala AKB) eine mittlere Ausprägung (0,38/0,40), die für die Körperdynamik

Tab. 3 Validität als Korrelation mit Gruppenzugehörigkeit.

Gruppenzugehörigkeit	Übereinstimmungsvalidität[a] Skala 1: AKB Kontroll 1[b]	Skala 2: VKD Kontroll 2[c]	Kontroll 1[1]	Kontroll 2[c]
ohne Kontrolle von Alters- und Geschlechtseffekten				
Anorexia nervosa (n = 31)	0,60****	0,58****	– 0,69****	
Transsexualismus (n = 29)	0,74****	0,72****	– 0,31****	– 0,36****
hypochondrische Symptomatik (n = 40)	0,43****	0,42****	– 0,71****	– 0,71****
Körperbildstörungen, insgesamt[d] (n = 98)	0,62****	0,64***	– 0,65****	– 0,69****
Frauen: Alterseffekte kontrolliert				
Anorexia nervosa (n = 27)	0,59****	0,64****	– 0,70****	– 0,78****
Transsexualismus (n = 20)	0,69****	0,71****	– 0,20[n.s.]	– 0,37****
hypochondrische Symptomatik (n = 17)	0,25*	0,34***	– 0,57****	– 0,65****
Körperbildstörungen, insgesamt[d] (n = 17)	0,25*	0,34***	– 0,57****	– 0,65****
Männer: Alterseffekte kontrolliert[e]				
Transsexualismus (n = 9)	0,75****	0,70****	– 0,36***	– 0,33****
hypochondrische Symptomatik (n = 23)	0,50****	0,45****	– 0,50****	– 0,55****
Körperbildstörungen, insgesamt[d] (n = 36)	0,64****	0,62****	– 0,60****	– 0,59****
Frauen und Männer: Alters- und Geschlechtseffekte kontrolliert[e]				
Transsexualismus (n = 29)	0,71****	0,70****	– 0,26***	– 0,34****
hypochondrische Symptomatik (n = 40)	0,38****	0,40****	– 0,58*****	– 0,60****
Körperbildstörungen, insgesamt[d] (n = 98)	0,62****	0,65****	– 0,56****	– 0,62****

[a] Punktbiseriale Korrelation zwischen Skalensummenwert und Gruppenzugehörigkeit; [b] Kontrollgruppe 1: Medizinstudierende (n = 56 Frauen; n = 85 Männer); [c] Kontrollgruppe 2: Sportstudierende (n = 87 Frauen; n = 121 Männer; [d] Patienten/-innen mit Anorexia nervosa, Transsexualismus oder hypochondrischer Symptomatik (bei zwei Patientinnen liegen Anorexia nervosa *und* hypochondrische Symptomatik vor). [e] Aufgrund der geringen Stichprobengröße (n = 4) finden sich keine Angaben für Männer mit Anorexia nervosa. [n.s.] nicht signifikant; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$.

(VKD) dagegen hohe Werte zwischen –0,58 und –0,60. Auch die für Anorexia-Kriteriumsgruppe, für die nur der Alterseffekt, aufgrund der geringen Anzahl männlicher Patienten aber nicht der Geschlechtereffekt kontrollierbar war, ergaben sich charakteristische Validitätskoeffizienten, nämlich hohe Werte in beiden Skalen. Die Korrelationen mit der VKD-Skala lagen mit –0,70/–0,78) sogar höher als die mit der AKB-Skala (0,59/0,64).

Diese spezifischen Validitätsprofile entsprechen den jeweiligen klinischen Bildern. So ist der Transsexualismus zwar durch eine extreme Ablehnung des eigenen Körpers, nicht aber durch eine reduzierte Körperdynamik charakterisiert. Die hypochondrische Symptomatik dagegen zeichnet sich in erster Linie durch ein adynamisch „krankes" Körpererleben aus, aber erst sekundär durch eine Ablehnung des eigenen Körpers. Schließlich entspricht die ausgeprägte Körperablehnung der Anorektikerinnen ebenso dem klinischen Bild wie ihre durch das selbstschädigende Eßverhalten oft dramatisch reduzierte Körperdynamik.

Insofern verwischen die Validitätskoeffizienten, die sich auf die zusammengefaßte Kriteriumsgruppe der Patienten/innen mit Körperbildstörungen beziehen, die spezifischen Akzente etwas. Gleichwohl belegen sie die hohe Kriteriumsvalidität des FKB-20 durch alters- und geschlechtsbereinigte Koeffi-

Tab. 4 Klassifikationseigenschaften des FKB-20.

Klassifikationsgruppen	Klassifikationsraten in Prozent[a] Sensitivität	Spezifität	Fehlerrate, insgesamt
Kontrollgruppe 1: Medizinstudierende			
Anorexia nervosa (n = 31)/ Kontrollgruppe 1 (n = 141)	87,10 %	95,86 %	5,68 %
nur Frauen: Anorexia nervosa (n = 27)/Kontrollgruppe 1 (n = 56)	92,59 %	87,50 %	10,84 %
Transsexualismus (n = 29)/ Kontrollgruppe 1 (n = 141)	75,86 %	97,93 %	5,75 %
hypochondrische Symptomatik (n = 40) /Kontrollgruppe 1 (n = 141)	85,00 %	95,86 %	6,49 %
Körperbildstörungen, insgesamt[b] (n = 98)/Kontrollgruppe 1 (n = 141)	89,80 %	90,34 %	9,88 %
Kontrollgruppe 2: Sportstudierende			
Anorexia nervosa (n = 31)/ Kontrollgruppe 2 (n = 208)	77,42 %	99,04 %	3,75 %
nur Frauen: Anorexia nervosa (n = 27)/Kontrollgruppe 2 (n = 87)	88,89 %	97,70 %	4,39 %
Transsexualismus (n = 29)/ Kontrollgruppe 2 (n = 208)	65,52 %	99,04 %	5,04 %
hypochondrische Symptomatik (n = 40) /Kontrollgruppe 2 (n = 208)	75,00 %	98,09 %	5,62 %
Körperbildstörungen, insgesamt[b] (n = 98)/Kontrollgruppe 2 (n = 208)	81,63 %	96,65 %	8,14 %

[a] Statistisches Verfahren: Kreuzvalidierte, nichtparametrische Diskriminanzanalysen nach der „Methode des zweitnächsten Nachbarn" (Apriori-Wahrscheinlichkeit proportional zur Gruppengröße). [b] Patienten/innen mit Anorexia nervosa, Transsexualismus oder hypochondrischer Symptomatik (bei zwei Patientinnen liegen Anorexia nervosa *und* hypochondrische Symptomatik vor).

zienten, die für beide Skalen in derselben Größenordnung von 0,56–0,65 liegen.

Klassifikationseigenschaften

Zur Einschätzung der Sensitivität und Spezifität des FKB-20, also der Genauigkeit, mit der seine beiden Skalen zwischen Personen mit und ohne Körperbildstörungen differenzieren, wurden Diskriminanzanalysen gerechnet. Damit sollen die oben spezifizierten Patientengruppen mit Körperbildstörungen jeweils von den beiden Kontrollgruppen diskriminiert werden. Tab. **4** zeigt die Klassifikationsraten für die einzelnen Diskriminanzanalysen.

Danach variiert die Sensitivität, also der Anteil der „richtig-positiv" als Personen mit Körperbildstörungen diagnostizierten, zwischen 65,5% und 92,6%, durchschnittlich 81%. Besonders sensitiv ist der Test danach zur Klassifikation von Anorektikerinnen (89–93%), etwas niedriger ist die Sensitivität für die Diskriminierung zwischen Sportstudierenden und Transsexuellen. Die Spezifität, also der Anteil der „richtig-negativ" als Personen ohne Körperbildstörungen diagnostizierten, liegt mit 87,5%–99,0% deutlicher höher. Schließlich liegen die Fehlerraten, also die Summe der „falsch-positiv" (als Personen mit Körperbildstörungen, obwohl keine diagnostiziert wurden) und „falsch-negativ" (als Personen ohne Körperbildstörungen, obwohl diese diagnostiziert wurden) eingeschätzen in der Größenordnung von 4,4%–10,8%.

Diskussion

Vor einer zusammenfassenden Bewertung der Validität des FKB-20 seien noch zwei Gesichtspunkte erörtert. Die Berechnung der Validität als Korrelation mit Kriteriumsgruppen kann zu einer Unterschätzung der Validität führen. Dies ist dann der Fall, wenn die diagnostische Sicherheit der Zuordnung zu den Kriteriumsgruppen fraglich ist. Im vorliegenden Fall ist dies denkbar bei der Definition von Kontrollgruppenpersonen als nicht körperbildgestört. Die beiden Studierendengruppen wurden tatsächlich nicht auf Körperbildstörungen untersucht. Der andere Fall einer falschen klinischen Zuordnung, also von Fehldiagnosen, ist erheblich unwahrscheinlicher, da die klinischen Interviews gründlich durchgeführt werden, bei diagnostischen Unsicherheiten auch in mehreren Sitzungen, und außerdem kollegial supervidiert werden. Beide Fälle würden zu Validitätsminderungen beitragen, was hieße, daß dann die jetzt berechneten Validitäten unterschätzt wären. Andererseits ist zu bedenken, daß in die Validitätsberechnung nicht die gesamte Stichprobe eingegangen ist, sondern nur Extremgruppen. Diese erhöhen die Kriteriumsvarianz und damit die punkt-biseriale Korrelation.

Auch bei einer Berücksichtigung der genannten methodischen Effekte kann die Kriteriumsvalidität des FKB-20 für die Diagnose von Körperbildstörungen als hoch bezeichnet werden. Der FKB-20 hat gute Klassifikationseigenschaften und erweist sich als sensitives und besonders spezifisches Meßinstrument, was auch seine Anwendung zur Differentialdiagnose in Betracht ziehen läßt. Die beschriebene Validierung ist insofern streng realisiert, als bei den Patientengruppen von einer echten Unabhängigkeit von Meßinstrumenten und Kriteriumsdefinition ausgegangen werden kann. Meßinstrument und Kriterium wurde bei unterschiedlichen Personen (Patienten versus Psychotherapeuten) erhoben. Die „Doppel-Blind"-Anordnung der Studie verschärfte die methodischen Voraussetzungen: Die Therapeuten kannten zum Zeitpunkte der Diagnose die Testwerte der Patienten nicht. Die Patienten ihrerseits kannten zum Zeitpunkt des Fragebogenausfüllens im Wartezimmer auch nicht die Diagnose, die ihnen aufgrund des nachfolgenden klinischen Interviews gestellt wurde.

Neben diesen psychometrischen Eigenschaften hat sich damit auch die konzeptionelle Stimmigkeit des Instruments bewiesen, das mit zwei stichprobenunabhängigen und faktorenanalytisch gesicherten Skalen in der Lage ist, relevante Dimensionen des Körperbildes zu beschreiben.

Zum Schluß sei noch einmal kurz auf die eingangs erwähnte kritische Überlegung eingegangen, daß das Körperbild sich nur teilweise sprachlich fassen lasse. Mit der Validierung an klinischen Diagnosen und Symptomen ist dieser Einwand zwar nicht entkräftet, aber doch deutlich relativiert. Die klinisch definierten diagnostischen Kriterien sind nicht durch vom Patienten verbalisierte Körperempfindungen definiert. Zwar basieren sie auf klinisch-diagnostischen Interviews, in denen primär gesprochen wird. Durch ihre Flexibilität ist die Interviewsituation aber nicht im engen Sinn auf die Verbalisierungsfähigkeit der Patienten allein angewiesen, sondern nutzt auch verbal nur angedeutete oder nonverbale und szenische Informationen. Das Validitätskriterium ist also nicht primär auf die Verbalisierungsfähigkeit der Patienten angewiesen. Insofern hat diese Validierung gezeigt, daß der FKB-20 klinisch relevante Aspekte das Körperbildes abbildet.

Literatur

Brähler, E. (Hrsg.) (1986): Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin. Springer, Heidelberg

Cash, T. F. (1990): The multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (Unpublished manuscript). Norfolk, Virginia: Old Dominion University, Department of Psychology

Cash, T. F., Winstead, B. A., Janda, L. H. (1986): Body Image Survey Report. The Gerat American Shape-Up. Psychology Today 20 (April) 30–37

Clement, U., Löwe, B. (1995): Vorläufiges Kurzmanual: Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Stand: Januar 1995 (Unveröff. Manuskript). Ruprecht-Karls-Universität, Psychosomatische Klinik, Heidelberg

Hirsch, M. (Hrsg.) (1989): Der eigene Körper als Objekt. Springer, Heidelberg

Kiener, F. (1973): Untersuchungen zum Körperbild (Body Image), 1. Teil. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 21, 335–351

Kiener, F. (1974): Untersuchungen zum Körperbild (Body Image), 2. Teil. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 22, 45–66

Löwe, B. (1994a): Der „Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)". Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Diagnostik von Körperbildstörungen (Unveröff. Psychologische Diplomarbeit). Ruprecht-Karls-Universität, Psychologisches Institut, Heidelberg

Löwe, B. (1994b): Zum Körperbild von psychosomatischen Patientengruppen, Medizin- und Sportstudierenden. Eine empirische Untersuchung mit dem Fragebogen zum Körperbild (FKB-20 sowie Literaturüberblick. (Unveröff. Medizinische Dissertation). Ruprecht-Karls-Universität, Psychosomatische Universitätsklinik, Heidelberg

Löwe, B., Clement, U. (1994): Zur Operationalisierung des Körperbildes bei psychosomatischen Patientengruppen mit dem „Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)". In: Lamprecht, F., Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Verlag für Akademische Schriften VAS Frankfurt (Main), 529–535

Osgood, C. E. (1976): Focus on Meaning, Volume 1. Explorations in Semantic Space. Mouton The Hague

Osgood, C. E., Suci, G. J., Tannenbaum, P. H. (1971): The Measurement of Meaning (Eigth Printing). University of Illinois Press Urbana

Rudolf, G. (1979): Der psychische und sozial-kommunikative Befund, ein Instrument zur standardisierten Erfassung neurotischer Befunde. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 25, 1–16

Shontz, F. C. (1969): Perceptual and Cognitive Aspects of Body Experience. Academic Press New York

Shontz, F. C. (1990): Body Image and Physical Disability. In: *Cash, T. F., Pruzinsky, T.* (eds.): Body Images: Development, Deviance and Change. Guilford Press New York, pp 149–169

Strauß, B., Appelt, H. (1983): Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. Diagnostica 29, 145–164

Strauß, B., Appelt, H. (1986); Erfahrungen mit einem Fragebogen zum Körpererleben. In: *Brähler, E.* (Hrsg.): Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Springer, Berlin, 220–231

Strauß, B. (1991): Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung. Enke, Stuttgart

Thompson, J. K. (1990): Body Image Disturbance: Assessment and Treatment. Pergamon Press New York

Thompson, J. K., Penner, L. A., Altabe, M. N. (1990): Procedures, Problems and Progress in the Assessmant of Body Images. In: Cash, T. F., Pruzinsky, T. (eds.): Body Images: Development, Deviance and Change. Guilford Press, New York, pp 21–48

Ueküll, T. v., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, M., Johnen, R. (1994): Subjektive Anatomie. Schattauer, Stuttgart

Wiedemann, P. M. (1985): Körperimago – Vergessene und neue Möglichkeiten der psychosomatischen Diagnostik. In: Hehl, F. J., Ebel, V., Ruch, W. (Hrsg.): Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, 326–345

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Ulrich Clement
Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Psychosomatische Klinik
Universität Heidelberg
Thibautstraße 2
69115 Heidelberg

BUCHBESPRECHUNG

Müller-Hohagen, Jürgen: **Geschichte in uns, Psychogramme aus dem Alltag.** 1994. (Knesebeck)

Jürgen-Müller-Hohagen, der bereits durch das 1988 erschienene Buch „Verleugnet, verdrängt, verschwiegen" die Thematik der Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit begonnen hat, legt hier in seinem neuen Buch seine therapeutischen Erfahrungen vor, die er mit Klienten unterschiedlicher Altersgruppen in einer evangelischen Erziehungsberatungsstelle in München macht. Getragen ist das Buch von der tiefen Sorge dazu beizutragen, daß sich Geschichte nicht wiederholt und dem Versuch, die Bedrohung der Wiederholung zu verhindern. Das therapeutische Zuhören, die therapeutischen Interventionen sind genauso ein Teil der alltäglichen, in uns verbliebenen unbewußten „deutschen Identifizierungsbereitschaften und Objektniederschläge" wie es die Schicksale der Klienten sind und ihrer Familien, mit denen wir zu tun haben. In einem ausführlichen Vorspann faßt der Autor seine psychosoziale Auffassung von den Schicksalen psychosozialer Identifizierungen zusammen. Hier sind es sowohl die Erfahrungen die uns Entwicklungspsychologen wie *Stern* u. *Lichtenberg* zur Verfügung stellen, als auch besonders Überlegungen führender Familientherapeuten, deren Auffassung zu Loyalitätsverpflichtungen und Delegationsmustern die Aufklärungssuche in therapeutischen Zusammenhängen für den Autor leiten. In differenziert aufbereiteten klinischen Berichten versucht der Autor das Nebeneinander von „Normalität" und „Ungeheuerlichkeit" ohne affektiven Bezug bei Ereignissen deutlich zu machen, die heute viele familiäre Situationen von Menschen kennzeichnen, die seine Beratungsstelle aufsuchen. Hier entstehen innere und äußere Lebensbrüche, die in Verbindung gebracht werden mit unbewußt gebliebenen Identifizierungen, nicht aufgelösten Verstrickungen mit der nationalsozialistischen Vergangenheit. Gemeinsames Kennzeichen dieser Beziehungsstörungen ist der Versuch, die Verbundenheit zwischen Menschen in der affektiven Dimension und der der Verpflichtung zu Loyalität und Gegenseitigkeit zu unterbinden und damit die Fähigkeit zu echter Solidarität, Gemeinsamkeit, Reife und Wachstum zu blockieren. Das lebendig geschriebene Buch sei jedem empfohlen, der sich mit der Gültigkeit der nationalsozialistischen Problematik für unsere Zeit beschäftigt.

A. Sellschopp, München

Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen von Patienten mit monopolarer und neurotischer Depression: Eine klinische Studie mit dem Gießen-Test

Heinz Böker; Georg Nikisch; Sonja Keßler; Christian Heidemann

Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M.

Zusammenfassung: Auf der Grundlage eines objektbeziehungstheoretischen Modells der Depression wird ein dynamischer Zusammenhang zwischen der Regulation der narzißtischen Homöostase und interpersonalen Bewältigungsmechanismen postuliert. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung von Patienten mit monopolarer und neurotischer Depression und die ihrer Partner wurde mit dem Gießen-Test untersucht. Zwischen beiden klinischen Gruppen bestehen Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Komplementarität der Rollen und der projektiven Abwehrmechanismen. Depressive Männer kollidieren mit Geschlechtsstereotypien, während im Selbsterleben depressiver Frauen geschlechtsspezifische Rollenmuster akzentuiert werden. Es wird empfohlen, in den therapeutischen Interventionen neben der individualpsychologischen und interpersonalen Dimension auch die Konflikte – insbesondere depressiver Männer – im Zusammenhang mit der sozialpsychologischen Dimension der Depression zu berücksichtigen.

Self-Esteem and Object-Relations of Patients with Unipolar and Neurotic Depression: A Clinical Study with the Gießen-Test: A psychodynamic concept of depression is presented which refers to object-relation-theory. It is hypothesized that there is a dynamic interrelationship between the marcissistic hoemeostasis and interpersonal mechanisms of defence and compensation. The perception of the self and objects of patients with unipolar and neurotic depression and their partners was compared by means of the Gießen-Test. Both clinical groups differ according to the complement of roles and to projective mechanisms of defence. The depression of male patients collides with gender role stereotypes, which are stressed by the self images of depressive women. With regard to therapeutical interventions it is recommended to take into consideration the psychodynamic and interpersonal dimension of depression as well as the conflict resulting from the social-psychological dimension of depression, especially those of depressive male patients.

Key words: Narcissistic homeostasis – Object-relation – Depression – Personality – Interpersonal mechanisms of defence

Einleitung

Die zunehmende Einsicht in die multifaktorielle Genese depressiver Störungen hat zu einer Wende im ätio-pathogenetischen Zusammenhangsverständnis beigetragen und die an einem kategorialen Krankheitsbegriff orientierten nosologischen Abgrenzungen in Frage gestellt. Angesichts dieser Entwicklung weist Hole (1992) zu Recht auf eine „eigenartige Diskrepanz" hin, die in der Diskussion um die nosologische Zuordnung depressiver Syndrome besteht. So halte sich doch – parallel zu dem sich entwickelnden mehrdimensionalen Verständnis der Depression – in hartnäckiger Weise das herkömmliche System monokausal orientierter diagnostischer Begriffe. Dieses Dilemma wird verschärft durch die phänomenologisch-syndromale Ausrichtung der ICD-10 (1991). Die Einteilung der depressiven Episoden nach Schweregrad und Dauer eröffnet keinen Weg für eine ätiologisch orientierte Aussage, die darauf abzielt, die zirkuläre Wechselwirkung unterschiedlicher Wirkfaktoren zu erfassen. Dies gilt ebenfalls für das noch stärker von syndromalen Einteilungskriterien ausgehende DSM-III-R (1989) und dessen sehr weit gefaßtem Begriff der Major Depression (vgl. *v. Zerssen, Mombour, Wittchen* 1988).

In einem dimensionalen Verständnis der Depression wird keineswegs zwangsläufig die Existenz klassischer Prägnanztypen verleugnet. Es ermöglicht hingegen nicht nur die Erfassung der von *Hole* (1992) als „endo-neurotisch" diagnostizierten Zwischengruppen, sondern trägt ferner auch zu einer differenzierteren Sicht der im Einzelfall vorhandenen Konstellationen „endogener" und neurotischer Faktoren bei. So folgert beispielsweise *Steck* (1988) angesichts der durch Faktoren-, Cluster- und Diskriminanzanalysen bei endogen und neurotisch Depressiven gewonnenen „mehrpoligen Gruppenstrukturen mit offenbar sehr durchlässigen Grenzen" (S. 351), daß „weitere Arten von Gestaltungsprinzipien" erkennbar wären, die bisher vernachlässigt wurden. Er nennt hier speziell die Psychodynamik der Symptombildung als einen der traditionell vernachlässigten Faktoren in der psychiatrischen Krankheitslehre. Dieser Zugang kann – insbesondere auch durch die Möglichkeit, homogene Stichproben zusammenzustellen – die Entwicklung kausaler Krankheitsmodelle und mehrdimensionaler therapeutischer Strategien der Depression befördern.

In einer solchen psychodynamischen Perspektive bekommt die Frage nach dem Zusammenhang von prämorbider bzw.

PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol. 46 (1996) 260–268
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Eingegangen: 29. 5. 95 Angenommen: 21. 8. 95